ITEM 090 : PATHOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES

- **Glandes du collier salivaire** = glandes principales : sécrétion réflexe, prandiale, de salive (1,5 L/jour), glandes orales, exocrines annexées à la cavité orale, paires, enveloppées d'une capsule conjonctive.
- **Glande parotide** (salive séreuse) : via le **conduit parotidien de Sténon**, qui s'ouvre en regard de la 2de molaire supérieure, innervé par le nerf auriculo-temporal (branche du nerf IX), située de part et d'autre du nerf facial.
- **Glande sub-mandibulaire** (salive séromuqueuse) : via le **conduit sub-mandibulaire de Wharton**, qui s'abouche près du frein de la langue, innervée par le nerf lingual.
- **Glande sublinguale** (salive muqueuse) : via plusieurs canaux excréteurs et un canal principal, s'abouchant à la partie antérieure du conduit sub-mandibulaire, innervée par le nerf lingual.
- **Glandes salivaires accessoires** (salive muqueuse) : sécrétion continue, tapissent l'intérieur de la cavité buccale (environ un millier).

PATHOLOGIE INFECTIEUSE

= Pathologie générale (oreillon, VIH…) ou locale (lithiase), aigu (virale, bactérienne, lithiasique) ou chronique, récidivante.
- **Sédimentation de la sécrétion salivaire** ou **obstacle à l'excrétion salivaire** : favorise l'infection, qui peut se propager aux glandes salivaires par voie canalaire ascendante à partir de germes buccaux → **sialodochite.**
- Autres modes de contamination : **voie hématogène** ou **processus de voisinage** → **sialadénite.**

Infection virale

Sialite ourlienne = Oreillons

= Principale cause anciennement, ↘ depuis la **vaccination ROR** systématique et obligatoire (95 % de couverture).
- *Paramyxovirus* à ARN de la famille des *Parainfluenzae.*
- 2 doses de vaccin : 1re à 12 mois, 2nd au cours de la 2e année (entre 16 et 18 mois).
- Infection immunisante à vie : un 2d épisode de parotidite aiguë élimine le diagnostic (parotidite récurrente juvénile).

C
- Période épidémique = hiver et printemps, **incubation** en 3 semaines (15-24 jours), contage (contact, gouttelettes).
- **Phase d'invasion** (courte) : fièvre, malaise, otalgie, douleur à la pression des parotides.
- **Période d'état** (1 semaine) : fièvre, céphalées, douleur irradiant aux oreilles, odynophagie.
- Inspection : **tuméfaction uni- ou bilatérale** (faciès piriforme) **des parotides**, simultanée ou décalée de quelques jours, rougeur à l'ostium du conduit parotidien (signe de Koplick), ADP.
→ Diagnostic clinique.

PC
- Bio (non nécessaire) : NFS normale, ↗ amylase (atteinte parotidienne ou pancréatique).
- Virologie : identification PCR sur la salive, LCS, urine, rarement sanguine.
- Sérologie : IgM après quelques jours, IgG augmentant sur 2 prélèvements à 15J d'intervalle.

TTT
→ Évolution vers la guérison totale dans la majorité des cas.
- Complication (adulte jeune le plus souvent) : **orchite** (35 %), **méningite**, **pancréatite**, **surdité.**
- Possible **foyer de nécrose**, entraînant une **parotidite chronique.**
- TTT symptomatique : repos, antipyrétique, antalgique (paracétamol), éviction = 15 jours
→ Une infection à oreillons et immunisante à vie (aucune récidive).

Autres

= **VIH, coxsackie, grippe, échovirus, CMV, EBV, et COVID 19.**

Infection bactérienne

→ Cause locale (lithiasique, infection dentaire, stomatite), glandes submandibulaires ou parotides.

Infection salivaire à pyogène

= Infection aiguë, le plus souvent due à une baisse du flux salivaire et/ou de l'immunité : pathologie du sujet âgé et/ou du patient en réanimation, notamment déshydraté, diabétique, sous neuroleptiques, avec une insuffisance rénale chronique.

C
- **Tuméfaction douloureuse** et **inflammatoire** de la région parotidienne, unilatérale le plus souvent.
- **Pus sortant de l'ostium du conduit**, spontanément ou à la palpation.
- **Fièvre.**
→ Possible suppuration avec micro-abcès ou chronicité avec sclérose glandulaire.

PC
- Éliminer une cause lithiasique (surtout si unilatérale) : **échographie, scanner.**
- **Prélèvement de pus** pour analyse bactériologique : *S. aureus*, anaérobies.

TTT
- **Antibiothérapie** adaptée (**spiramycine + métronidazole**) pendant **10 j + AIS et antalgiques.**
- **Réhydratation** et **soins de bouche.**

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">Parotidite récidivante juvénile</td><td>C</td><td colspan="2">= ≥ 3 épisodes : chez l'enfant de 4-5 ans, disparition à l'adolescence, étiologie inconnue.
- Tuméfaction uni- ou bilatérale, généralement asynchrone, inflammatoire, douloureuse.
- Pus sortant de l'ostium du conduit parotidien.
- ADP cervicales satellites.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Bio : hyperleucocytose, CRP.
- Recherche de calcul salivaire négative.
- Sialendoscopie : aspect avasculaire de couleur jaunâtre du conduit parotidien.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Parotidite aiguë : antibiothérapie adaptée, anti-inflammatoire.
- TTT préventif :
• Sialendoscopie : dilatation canalaire sous pression, instillation de lipiodol.
• Massage quotidien.</td></tr>
<tr><td rowspan="8">PATHOLOGIE LITHIASIQUE</td><td colspan="4">- Lithiase salivaire : présence d'un ou de calcul(s) dans la glande et/ou son canal excréteur, généralement homme > 30 ans.
- Calcul : sels de calcium migrant avec le flux salivaire (concrétions calciques).
- Touche surtout la glande sub-mandibulaire (85 %), plus rarement la parotide.
- Infection : sialadénite (glande salivaire), salodochite (canal excréteur) ou périsialodochite (abcès du plancher buccal antérieur).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">C</td><td rowspan="4">Lithiase sub-mandibulaire</td><td colspan="2">- Découverte fortuite : panoramique dentaire, cliché de rachis cervical, palpation fortuite.</td></tr>
<tr><td>Complication mécanique</td><td>= 1er signes, rythmés par les repas :
- Hernie salivaire : tuméfaction de la glande au niveau cervical, avec sensation de pesanteur et de tension, non douloureuse, majorée au début du repas, réduite à la fin des repas avec un jet de salive.
- Colique salivaire : douleur survenant lors de la hernie salivaire.</td></tr>
<tr><td>Complication infectieuse</td><td>- Sialodochite (whartonite) = infection du canal : douleur vive, irradiant à l'oreille, fièvre souvent élevée, dysphagie, hypersialorrhée, issue de pus au niveau de l'ostium (près du frein de la langue), sillon entre la tuméfaction et la mandibule.
- Péri-sialodochite (péri-whartonite) = abcès péri-canalaire : douleur à la déglutition, parfois otalgie, trismus, tuméfaction du plancher buccal, issue de pus inconstante, possible fistulisation en bouche.
- Sialadénite = sub-mandibulite aiguë : région submandibulaire chaude, tendue, douloureuse, peau normale ou érythémateuse, fièvre (38-39°), dysphagie importante, otalgie, parfois issue de pus à l'ostium.
- Complication : fistule cervicale, cellulite cervicale (risque asphyxique et septique), médiastinite.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- À l'aide d'un abaisse-langue, d'un miroir et de lumière adaptée.
- Inspection exo-buccale : gonflement de la glande, confirmé à la palpation.
- Inspection endo-buccale : rougeur de la crête salivaire (lithiase antérieure), issue de pus à l'ostium turgescent.
- Palpation bidigitale (endobuccale et cervicale) : recherche du calcul.</td></tr>
<tr><td>Lithiase parotidienne</td><td colspan="2">= Signes identiques, mais 5 fois moins fréquente et de localisation différente, complication infectieuse plus fréquente (car le canal excréteur est plus étroit).
- Complication mécanique : hernie/colique avec symptomatologie en arrière du ramus mandibulaire, sous l'oreille externe.
- Complication infectieuse : parotidite, abcès de la joue, sténonite.</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Glande sublinguale (très rare) : tuméfaction inflammatoire pelvi-buccale au niveau de la partie latérale du plancher buccal (sublingualite).
- Glande salivaire accessoire (rare) : tuméfaction inflammatoire d'une glande accessoire, généralement de la lèvre, dont l'orifice est centré par un calcul.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">PC</td><td colspan="3">➔ Seule la découverte du calcul signe la lithiase : exploration seulement si diagnostic clinique non franc ou suspicion d'abcès.</td></tr>
<tr><td>Rx sans préparation</td><td colspan="2">= Clichés occlusaux mordus (antérieur et postérieur), panoramique dentaire : débrouillage.
- Visualisation d'un gros calcul : image ovalaire radio-opaque, projetée sur une ligne allant de l'angle mandibulaire à la région incisive (calcul submandibulaire).
- Élimination d'une autre pathologie non salivaire, dentaire notamment donc systématique.</td></tr>
<tr><td>Échographie</td><td colspan="2">- Visualisation des calculs > 2 mm : image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur.</td></tr>
<tr><td>TDM++</td><td colspan="2">- Grande sensibilité et forte valeur localisatrice (clichés non injectés souvent suffisant).</td></tr>
<tr><td>Sialo-IRM</td><td colspan="2">- Moins sensible que le scanner et plus coûteuse, discutable chez l'enfant car non irradiant.
- Permet le diagnostic de sténose du conduit parotidien (classification en 4 stades).</td></tr>
<tr><td>Sialographie</td><td colspan="2">➔ N'est plus réalisée en pathologie lithiasique submandibulaire.</td></tr>
<tr><td>Sialendoscopie</td><td colspan="2">= Sous AL : diagnostic + exérèse du calcul.
- Contre-indiqué en cas de surinfection.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>DD</td><td colspan="2">- Lithiase submandibulaire :
• Compression extrinsèque du canal : cancer de l'ostium, prothèse dentaire inadaptée.
• Abcès d'origine dentaire : collection adhérente à la mandibule.
- Lithiase parotidienne :
• Stade latent : calcification ganglionnaire, amygdalienne ou veineuse.
• Stade compliqué : parotidite à pyogène, ourlienne ou récidivante.
• Sténose du conduit parotidien : symptomatologie identique, diagnostic par la sialo-IRM.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td>Lithiase submandibulaire</td><td>Extraction du calcul, sous AL ou AG, préférentiellement par voie buccale :
- 1/3 antérieur : extraction à la pince.
- 1/3 moyen-postérieur :
• Calcul ≤ 4 mm (mobile) : sialendoscopie.
• Calcul de > 4 mm : taille chirurgicale endobuccale.
Submandibulectomie : rarement indiquée (cicatrice, lésion du nerf VII ou du nerf lingual).</td></tr>
<tr><td>Lithiase parotidienne</td><td>Extraction du calcul :
- 1/3 antérieur : taille endobuccale sous AG (risque de migration du calcul sous AL).
- 1/3 moyen-postérieur : Sialendoscopie si ≤ 2 mm, lithotripsie si > 2 mm.
Chirurgie moins indiquée : présence du nerf VII.</td></tr>
<tr><td>TTT de poussée infectieuse</td><td>- Antibiothérapie : spiramycine-métronidazole.
- Antalgique, AIS, antispasmodique.
- Réhydratation au minimum 10 jrs.
- Drainage chirurgical endo- ou exo-buccal ➝ en urgence en cas d'abcès.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">PATHOLOGIE TUMORALE</td><td colspan="3">Tumeur des glandes salivaires : 3 % des tumeurs cervico-faciales, touche préférentiellement la parotide (85 %).
- Épithéliale dans 95 % des cas : 65 % bénigne (adénome pléomorphe…), 15 % de malignité intermédiaire (tumeur muco- épidermoïde, tumeur à cellules acineuses), 20 % maligne (carcinome adénoïde kystique = cylindrome).
➝ Les tumeurs des glandes salivaires accessoires sont plus souvent malignes (60 %).
- Chez l'enfant : hémangiome (bénin), rhabdomyosarcome embryonnaire (malin).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Histologie</td><td>- Tumeur épithéliale :
• Adénome : adénome pléomorphe (mixte), cystadénolymphome, adénome oxyphile (oncocytome)…
• Malignité intermédiaire : tumeur muco-épidermoïde, tumeur à cellules acineuses.
• Carcinome : adénoïde kystique (cylindrome), ADK, carcinome muco-épidermoïde, carcinome épidermoïde, indifférencié, carcinomes à cellules acineuses.
- Tumeur non épithéliale (rare) : hémangiome, schwannome, lymphome, sarcome, métastase (mélanome).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TUMEUR PAROTIDIENNE</td><td>SF</td><td colspan="2">- Tuméfaction isolée de la région parotidienne, depuis plusieurs mois/années, pouvant soulever le lobule de l'oreille, plus rarement dans le prolongement antérieur jugal ou à expression pharyngée.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">- Recherche de signes évocateurs d'une affection maligne : douleur, PFP, trismus, ADP cervicale, fixité cutanée et profonde, évolutivité rapide, nodule de perméation, inflammation du plan cutané, anesthésie du lobule de l'auricule, masse douloureuse.
- Évolution :
• Tumeur bénigne : progressive sur plusieurs années, parfois jusqu'à un volume considérable.
• Tumeur maligne : 50 % des cas d'allure bénigne, parfois d'allure rapide avec signes de malignité.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PC</td><td colspan="2">- Panoramique dentaire : éliminer une autre pathologie (dentaire, lithiasique), parfois images de calcifications glandulaires, ou d'amputation/empreinte extrinsèque du bord post du ramus mandibulaire.
- Échographie : topographie intra- ou extra-glandulaire de la tuméfaction, pour guider la cytologie à l'aiguille fine.</td></tr>
<tr><td>IRM injecté</td><td>➝ Indispensable avant exérèse chirurgicale (au mieux avant la cytoponction car il risque d'y avoir des petites hémorragies qui diminue la qualité des images).
➝ Séquences T1, T2, avec et sans injection de Gadolinium, séquences FAT-SAT, diffusion et courbe de perfusion.
- Tumeur bénigne : image lacunaire, unique, intra-glandulaire, capsule bien limitée, refoulement du système canalaire et glandulaire (encorbellement), hypersignal T2.
- Tumeur maligne : image inconstance d'extravasation, opacification hétérogène, amputation canalaire, engainements périnerveux, hyposignal T2 (« Evil Gray »), avec association d'un coefficient ADC < 1,2 et d'une courbe de perfusion de type C.
- Adénome pléomorphe : masse homogène bien circonscrite, hyposignal T1 et hypersignal T2.</td></tr>
<tr><td>TDM injecté</td><td>Si malignité très probable : adénopathies extra-parotidienne, envahissement cutané, atteinte du VII.</td></tr>
<tr><td>Scintigraphie technétium 99</td><td>Seul le cystadénolymphome présente une hyperfixation.</td></tr>
</table>

			Confirmation histologique	= Devant toute tumeur parotidienne unilatérale : **- Parotidectomie superficielle chirurgicale avec examen extemporané.** **- Cytoponction à l'aiguille fine sous écho** : possible avant parotidectomie, après IRM, seulement VPP. ➙ **Biopsie contre-indiquée** (risque de lésion du nerf facial).
		DD	- Lésion intra-glandulaire : • **Sialite** : parotidite lithiasique pseudotumorale. • Sialose avec **sialomégalie** : nutritionnelle ou systémique. - Lésion extra-glandulaire : • **ADP intra-parotidienne** (MT de mélanome cutané, tuberculose ganglionnaire). • **Hyperplasie lymphoïde kystique** : infection VIH. • **Kyste/fistule latéraux du cou** d'origine embryonnaire. • Tumeurs : **angiome, lymphangiome, neurinome.** - Lésion hors de la loge : cutanée (kyste sébacée, lipome, pilomatrixome), musculaire (hypertrophie massétérine), osseuse (tumeur du ramus mandibulaire), articulaire (tumeur bénigne ou maligne).	
		TTT	Tumeur bénigne	- Cystadénolymphome : **surveillance** ou **parotidectomie superficielle conservatrice du VII.** - Adénome pléomorphe : **parotidectomie totale conservatrice du VII.** - Malignité intermédiaire (muco-épidermoïde, à cellules acineuses) : **parotidectomie complète**, si possible **conservatrice du VII.**
			Tumeur maligne	**- Parotidectomie totale** ± sacrifice du nerf VII (tronc ou branche) si envahi (avec possible réparation du VII par **greffe nerveuse** dans le même temps). **- Curage ganglionnaire cervical unilatéral.** **- Radiothérapie externe** complémentaire : recommandé si carcinome épidermoïde, ou selon les cas si ADK et carcinome adénoïde kystique.
			Complication des parotidectomies	**- Paralysie faciale** (20 %) : régressive si nerf facial bien respecté. **- Syndrome de Frey** (15 %, tardif) : rougeur et sudation per-prandiale de la région massétérine, liée à la repousse aberrante des fibres parasympathiques ➙ injections répétées de toxine botuliques. **- Cicatrice pré-tragienne** : peut être comblée par plastie musculaire ou aponévrotique. **- Fistule salivaire** : seulement en cas de parotidectomie incomplète.
	TUMEUR SUBMANDIBULAIRE	Peu fréquente, prédominante chez la femme.		
		C	**- Tuméfaction isolée de la région sub-mandibulaire** : masse indolente, ferme, avec **signe du sillon** (masse séparée de la mandibule par un sillon). - Signes en faveur de malignité : **dureté de la tuméfaction (ligneuse)**, **douleur linguale** et du **nerf dentaire** (V3), **maladresse/limitation de la protraction linguale**, **salive hémorragique** au canal de Wharton, **ulcération** muqueuse ou cutanée, **mobilité dentaire**, **paralysie du rameau mentonnier du nerf facial, adénopathies, évolution rapide et douloureuse.**	
		PC	**- Panoramique dentaire** : éventuelle lyse osseuse en regard, éliminer une pathologie dentaire. - Imagerie : **IRM** ou **TDM injectée.**	
		DD	Pathologie lithiasique chronique, ADP, kyste congénital du cou.	
		TTT	**- Exérèse chirurgicale** avec **examen extemporané** ± **curage ganglionnaire cervical** en cas de tumeur maligne. - Risque d'atteinte nerveuse moindre : rameau marginal du nerf facial, nerf lingual, nerf hypoglosse XII en profondeur.	
	Tumeur sublinguale		**- Faux kyste mucoïde** (absence de paroi vraie) = **Grenouillette** = **Ranula du plancher** : bénigne, 2ndr à l'obstruction du canal excréteur. - Tuméfaction **bleutée** et ovoïde du plancher buccal, entre la face inférieure de la langue et l'arcade dentaire mandibulaire. - Possible prolongement trans-mylo-hyoïdien, déformant la région submandibulaire. - Palpation : tuméfaction rénitente, molle, dépressible, sans induration, à contenu liquidien, indolore, isolée, sans trouble de la mobilité linguale. **- Diagnostic clinique** pouvant être confirmé par IRM. - Évolution par poussées, avec épisodes de **fistulisation buccale** (écoulement de liquide filant). - TTT chirurgical : **exérèse de la grenouillette par voie buccale** et de la glande sublinguale.	
	Tumeur des glandes salivaires accessoires		= À tout âge, plus fréquent chez la femme vers 50 ans. - Lésions majoritairement malignes : **cylindrome, ADK.** - Tumeur sous-muqueuse indolore ou ulcération chronique. **- Formes palatines** (plus fréquente) : en regard des prémolaires. - Bilan : extension nasale (rhinoscopie), osseuse ou sinusienne (TDM).	

<table>
<tr><td rowspan="8">PATHOLOGIE IMMUNOLOGIQUE</td><td colspan="3">= Sialose (ou sialadénose) : hypertrophies globales des GSP.
- Pathologie chronique des glandes salivaires, non infectieuse, tumorale ou traumatique.
- Glande tuméfiée dans son ensemble, indolore, de consistance ferme et élastique.
- Signes fonctionnels inexistants ou limités à des sensations de pesanteur, des tiraillements.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sialose nutritionnelle</td><td>= Parotidomégalie essentielle bilatérale, avec souvent hyperplasie de toutes les glandes salivaires.
- Gros mangeurs avec une alimentation riche en amidon (pain, pomme de terre).
- Éthylique.
- Sujet anorexique ou boulimique.
- Cause non nutritionnelle : diabète, goutte.
- Grossesse.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Sialose systémique</td><td rowspan="4">Syndrome de Gougerot-Sjögren</td><td>C</td><td>- Infiltration lymphoïde du système glandulaire exocrine.
- Touche essentiellement les femmes, vers 50 ans : triade clinique.
- Kérato-conjonctivite sèche avec xérophtalmie (œil sec).
- Xérostomie (bouche sèche) : favorise la survenue de caries et candidoses.
- Maladie systémique : polyarthrite rhumatoïde ++, LED, cirrhose biliaire primitive… - Association fréquente à une hépatite C (30 %).</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- Test au sucre : un morceau de sucre plaqué sous la langue doit fondre en < 3 minutes.
- Test à la fluorescéine : ↘ du temps de rupture du film lacrymal (break-up time BUT).
- Test de Schirmer : bandelette de papier-filtre gradué placé dans les culs-de-sac conjonctivaux → ↘ du nombre de graduation imbibées à 3 minutes.
- Biomicroscopie à la fluorescéine : coloration des érosions oculaires (kérato-conjonctivite).
- Bio : leucopénie, hypergammaglobulinémie polyclonale, ↗ VS/CRP, Ac non spécifiques (FR, anti-mitochondrie, anti-muscle lisse, anti-nucléaire…), Anticorps anti-SSA et SSB.
- Biopsie des glandes salivaires accessoires : infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire, avec sclérose collagène.
- TDM/IRM (non obligatoire) : hypertrophie glandulaire bilatérale (parotidienne souvent) et dilatations intra- glandulaires microkystiques.</td></tr>
<tr><td>Évolution</td><td>- Aggravation progressive sur des années.
- Risque de transformation en lymphome malin (favorisé par immunosuppresseurs) notamment le LNH de MALT : 5 à 10 % des malades en 15 ans (RR = 40 par rapport a la population G).</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Sialogogue (s'il reste du parenchyme glandulaire fonctionnel).
- Larmes et salive artificielles.
- Immunosuppresseurs, corticothérapie.</td></tr>
<tr><td>Sarcoïdose</td><td>- Granulome non nécrosant à cellules géantes et épithélioïdes, touchant les GS dans 4 % des cas.
- Syndrome de Heerfordt : hypertrophie parotidienne, uvéite (uvéoparotidite), paralysie faciale et fièvre.
- Syndrome de Mikulicz : atteinte associée des glandes lacrymales.
- Biopsie des glandes salivaires accessoires.</td></tr>
<tr><td>Maladie fibro-sclérosante à IgG4</td><td>= Taux élevé d'IgG4 sériques > 1,35 g/L et infiltrat lympho-plasmocytaire riche en IgG4, pouvant toucher tous les organes, particulièrement le pancréas, reins, voies biliaires et glandes endocrines.
- Touche préférentiellement les hommes (3/1) > 60 ans.
- Atteinte salivaire : tuméfaction sub-mandibulaire indurée uni- ou bilatérale (tumeur de Küttner).
- Syndrome de Mikulicz : tuméfaction symétrique douloureux > 3 mois de 2 glandes parmi les glandes lacrymales, les parotides et/ou les glandes sub-mandibulaires.
- Syndrome sec rare ou peu invalidant, Anticorps anti-SSA et SSB toujours négatifs.
- AAN possiblement faiblement positifs.
- Très cortico-sensible.</td></tr>
<tr><td colspan="2">VIH</td><td>= Tuméfaction des loges salivaires possible tout au long de l'infection VIH :
- ADP de la phase aiguë (primo-infection) ou chronique (syndrome des ADP persistante).
- Tuméfaction vraie des glandes salivaires (essentiellement parotidienne).
- Hyperplasie lymphoïde kystique : affection bénigne, non chirurgicale (sauf esthétique), correspondant à de nombreuses images de pseudo-kystes salivaires, dues à la nécrose des adénopathies.
- Lymphome.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Maladie de Kimura</td><td>- Prolifération lymphoplasmocytaire associée à une fibrose.
- Touche préférentiellement les hommes d'origine asiatique, 20-30 ans.
- Nodules sous-cutanés cervicaux indolores, polyadénopathies cervicales et hypertrophie des glandes salivaires.
- Diagnostic anatomopathologique.</td></tr>
</table>

	DD	**Causes d'hyposialie**	- Iatrogène : **anti-histaminique, antidépresseur, anticholinergique, neuroleptique, antihypertenseur central**… - Temporaire : **déshydratation, infection** (oreillons, bactérienne…) - Maladie systémique : **granulomatose** (**sarcoïdose**, **tuberculose**), **amylose**, **greffon vs hôte**… **- Syndrome lymphoprolifératif.** **- Infection VIH, HTLV1, VHC.** **- Diabète.** **- Mucoviscidose.** - Affection du SNC : **maladie de Parkinson, sclérose en plaques.** **- Radiothérapie** de la tête et du cou. **- Agénésie des glandes salivaires.** **- Vieillissement.** **- Psychogène.**
	Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA)		- Examen **anatomopathologique.** - Acte simple sous AL, à la face interne de la lèvre inférieure, au moins 8 mm² de surface d'analyse soit un prélèvement de 4 glandes de taille normale ou 6 de petite taille (< 2 mm). - Indication : **amylose, maladie de Gougerot-Sjögren, sarcoïdose**, autres maladies auto-immunes. - Score de **Chisholm** : reflète l'infiltrat lympho-plasmocytaire focale • Va de 0 à 4 avec 0 = absence d'infiltrat et 4 = infiltrat important (> 1 foyer/4 mm^2). • Score à 2 = compatible avec Gougerot, scores 3 ou 4 = hautement évocateurs du dg. • Recherche de dépôt amyloïde : amylose (Se ± 80-85 %). • Existence d'un granulome tuberculoïde inflammatoire (sans nécrose caséeuse) : sarcoïdose (Se ± 30 %).